

## 18 artículo

María Pilar Astier Peña [[Buscar autor en Medline](#)]  
 Asunción Cañada Dorado [[Buscar autor en Medline](#)]  
 Juan Ramón García Mata [[Buscar autor en Medline](#)]  
 Jesús Martín Martínez [[Buscar autor en Medline](#)]  
 I. García Ferradal [[Buscar autor en Medline](#)]  
 Carmen García Cubero [[Buscar autor en Medline](#)]  
 Tamara Alonso Safont [[Buscar autor en Medline](#)]



### Buenas prácticas organizativas en Atención Primaria: una organización facilitadora de la seguridad clínica

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

La incorporación de la gestión de riesgos y las estrategias de seguridad del paciente en el sistema sanitario español comenzó con el desarrollo de actuaciones formativas y de difusión de la cultura a comienzos del año 2000 junto con la publicación de una circular<sup>1</sup> del Director General del INSALUD, en la que se asignaba a los inspectores médicos como asesores de riesgos sanitarios y establecía un programa de actuación. Con las transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas en diciembre de 2001, comienzan a surgir nuevas formas organizativas de desplegar en los sistemas regionales de salud la estrategia de seguridad del paciente<sup>2</sup>.

En este capítulo presentamos dos opciones organizativas diferentes, una adaptada a la experiencia de comisiones clínicas a nivel de sector sanitario/gerencia única, en Aragón y la otra basada en la creación de unidades funcionales específicas en el ámbito de atención primaria en la comunidad de Madrid.

#### Comisión de seguridad clínica del Sector Zaragoza II

El Sector sanitario Zaragoza II es uno de los 8 sectores<sup>3</sup> que configuran el Servicio Aragonés de Salud (SALUD). La organización en sectores del SALUD tiene por misión unificar la gestión y facilitar la continuidad asistencial orientando la atención al ciudadano. Desde cada Sector se han de realizar las prestaciones correspondientes a atención primaria, especializada, atención a la salud mental.

El Sector II presta asistencia sanitaria a la población de 21 zonas básicas de salud distribuidas en 18 centros de salud, cuatro de ellos en el ámbito rural y el resto ubicados en Zaragoza. El sector tiene como hospital de referencia el complejo hospitalario universitario Miguel Servet que atiende en muchos procesos a habitantes no sólo de sus zonas de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria, al tratarse de un hospital con un elevado nivel de especialización. En el sector trabajan aproximadamente 7.000 profesionales sanitarios y no sanitarios (**tabla 1**)

El sector dispone de un órgano de participación ciudadana, el Consejo de Salud, en el que tiene representación la gerencia del Sector, el Ayuntamiento de Zaragoza, asociaciones vecinales y de consumidores, organizaciones sindicales y empresariales, la Unidad de Atención al Paciente, la Junta de Personal y la Administración sanitaria del Sector.

El acceso a la web del sector es : <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/>

La misión del Sector 2 es la de prestar asistencia sanitaria dentro del sistema público, centrada en el ciudadano, proporcionando a la población una atención adecuada y continuada en todos los niveles asistenciales con un claro compromiso docente e investigador. Esta misión se despliega con una visión de alcanzar una atención sanitaria excelente, que sea un modelo de referencia en el que los ciudadanos y profesionales confíen y con el que estén muy satisfechos. Los valores con los que se quiere prestar esta

#### bibliografía

1. Funciones de los asesores de riesgos sanitarios. Circular 4/2001 de la Dirección General del Insalud, de 14 de noviembre de 2001.
2. Pardo Hernández A, Clavería Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Med Clin Monogr (Barc). 2008; 131(Supl .): 64-71.
3. Decreto 41/ 2005 de febrero, del Gobierno de Aragón, de Organización y Funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón. BOA nº
4. Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el INSALUD. Real Decreto 521/87 de 15 de abril. Anexo n.º 22 sec III.
5. Ortún V., Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. Med Clin (Barc) 1988; 90:399-403.

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés



asistencia son:

- Orientación al ciudadano.
- Equidad, solidaridad y eficiencia.
- Respeto al paciente y trato humano.
- Excelencia profesional.
- Implicación de los trabajadores.

El sector Zaragoza II, a partir de su misión, visión y valores elaboró 7 líneas estratégicas:

- *Línea estratégica 1:* "Desarrollo del modelo de liderazgo".
- *Línea estratégica 2:* "Desarrollo de la gestión clínica".
- *Línea estratégica 3:* "El personal como activo básico".
- *Línea estratégica 4:* "Desarrollo de los sistemas de información".
- *Línea estratégica 5:* "Adecuación de infraestructuras, tecnología e instalaciones".
- *Línea estratégica 6:* "Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios".
- *Línea estratégica 7:* "Impacto en la sociedad".

Dentro del desarrollo de la línea estratégica 2 (Desarrollo de la gestión clínica) es donde se enmarca la creación y despliegue de la comisión de seguridad clínica del sector.

La Gestión clínica es el marco que favorece la mejora continua de la calidad a través de cambios en la organización, cambios en la tecnología y la gestión y la orientación a las buenas prácticas médicas y asistenciales. Es decir, la flexibilidad para adaptarse a las nuevas situaciones. Y por ello, dentro de la incorporación de la cultura de seguridad del paciente como un eje transversal dentro del Sistema Nacional de Salud, el sector incorpora la gestión del riesgo clínico como una actividad clave en la Gestión Clínica.

La introducción de la gestión del riesgo dentro de la gestión clínica se realiza a través de las propuestas de la Unidad de Calidad (UCA) del Sector II que tiene como meta armonizar la integración funcional de la atención primaria y de la atención especializada en cuanto al trabajo de calidad. La UCA integra a los expertos de ambos niveles asistenciales. Estos expertos han identificado las actividades de calidad que mejor están funcionando en ambos niveles con el fin de utilizarlas como ejes transversales de la calidad para todo el sector sanitario.

Una de estas actividades de calidad son las comisiones clínicas. Las comisiones clínicas<sup>4</sup> tienen una larga tradición de funcionamiento como elementos básicos de evaluación y mejora de la calidad asistencial con un mayor desarrollo a nivel hospitalario.

La Comisión de Mortalidad del hospital ha sido un instrumento de gestión del riesgo para mejorar la seguridad del paciente en los hospitales por cuanto realiza un análisis detallado de la mortalidad no esperada<sup>5</sup>. Su objetivo es analizar los exitus, entendidos como un evento adverso, que suceden en el hospital. Dicho análisis constituye un instrumento para la mejora de la calidad de la asistencia. A través de los resultados de las autopsias se pone sobre la mesa la concordancia del diagnóstico clínico frente al anatomo-patológico<sup>6,7</sup>. Este análisis de concordancia bien orientado es igualmente un instrumento básico de aprendizaje de los nuevos profesionales<sup>8</sup>.

Siendo la seguridad del paciente una dimensión clave de la calidad, la UCA ve la necesidad de dotarse de un instrumento de gestión global del riesgo en el sector. Y por ello propone adaptar la comisión de mortalidad hacia una comisión de seguridad clínica. Y por otro lado, incorporar la visión de sector garantizando una gestión global del riesgo en todos los niveles asistenciales. De esta forma comienza a formarse en 2008 la comisión de seguridad clínica del Sector.

## **Comisión de Seguridad Clínica del Sector Zaragoza 2**

Con el fin de optimizar esfuerzos y potenciar el cambio en la cultura en la organización y en la práctica clínica de nuestro sector, se transforma la Comisión de Mortalidad en Comisión de Seguridad Clínica, asumiendo todas las funciones anteriormente encomendadas a la Comisión de Mortalidad.

El perfil de los miembros se amplía incorporándose un profesional de atención primaria colaborador de la UCA de tal forma que amplíe la perspectiva de los análisis y de las intervenciones hacia la atención primaria.

Los objetivos de la comisión de seguridad clínica son:

1. Monitorizar los indicadores relacionados con la Seguridad Clínica.
2. Diseñar sistemas de notificación e información de efectos adversos.
3. Desarrollar una cultura de la seguridad en la organización, proponiendo y organizando actividades de sensibilización y formación en relación con la seguridad de los pacientes
4. Detectar situaciones mejorables y proponer acciones de mejora.

5. Promover otras iniciativas en los temas relacionados con la Seguridad Clínica.
6. Impulsar actividades de investigación en Seguridad Clínica.

La Comisión está regulada por el Reglamento de Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora de Calidad. Los miembros de la comisión de mortalidad pasaron automáticamente a ser vocales de la nueva comisión. Actualmente en la composición de la comisión encontramos miembros de los Servicios de Neurología, Neumología, Pediatría, Cirugía General, Obstetricia, Anestesia, Urgencias, Medicina Intensiva, Farmacia y Anatomía Patológica, así como por representantes de la Unidad de Calidad Asistencial y de la Dirección Médica y de Enfermería, de Atención Primaria y MIR.

La página web de acceso a la comisión de seguridad clínica del Sector:

<http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/index.php/mod.pags/mem.detalle/reلمenu.153/reلcategoria.1076/idpag.136>

En el año 2009 se han realizado las siguientes actividades:

### 1. Elaboración del proceso clave de seguridad clínica:

1. Identificación y caracterización de riesgos
  1. Se han definido y monitorizado el "panel de mandos" sobre seguridad clínica y se monitoriza igualmente los indicadores de mortalidad evitable según la tabla de Holland<sup>9</sup> para el sector (tablas 3 y 4)
  2. Se ha iniciado el análisis de las reclamaciones sobre seguridad clínica.

### 2. Funciones de soporte.

1. Canales de comunicación
  1. Se está estudiando el desarrollo y aplicación del sistema de notificación de efectos adversos.

### 3. Funciones Estratégicas:

1. Desarrollo de cultura corporativa de riesgo
  1. Se han impartido 4 cursos sobre seguridad del paciente 2 generales y 2 específicos sobre gestión de riesgos
2. Desarrollo de protocolos
  1. Se ha desarrollado el protocolo de Normalización y Supervisión Carro de Paradas.

Para el próximo año de acuerdo con el trabajo precedente se han planteado los siguientes objetivos:

### 1. Funciones estratégicas

- a. *Desarrollo de cultura corporativa del riesgo*
  - i. Desarrollo de sesiones en los servicios sobre seguridad del paciente y buenas prácticas. Incluir en contratos programa de los servicios
  - ii. Formación: realización de dos cursos a grupos de mejora de servicios que deben concluir en un proyecto definido de seguridad del paciente.
  - iii. Desarrollo de un "blog" de la comisión de seguridad clínica en intranet del sector que permita la participación activa del personal de la organización.
  - iv. Desarrollo de un espacio en la revista del sector sobre aspectos de seguridad clínica (ya iniciado)
- b. *Desarrollo de protocolos*
  - i. Protocolo de atención a la parada ajustado a entornos específicos:

El Plan de Atención a la Parada Cardíaca (PCR) en el Sector Zaragoza II esta todavía en fase de elaboración, quedando todavía pendientes los siguientes puntos:

- Definir los componentes del equipo de atención a la PCR en Atención Primaria y Centros de Especialidades.
- Incluir y desarrollar un Plan de Formación.
- Incluir las consideraciones relacionadas con los aspectos éticos.

### 2. Procesos clave

- a. *Identificación y caracterización de riesgos*
  - i. Evaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en el hospital. Este trabajo se ha llevado a cabo por el servicio de farmacia.
  - ii. Introducción de indicadores sobre seguridad relacionados con atención primaria: uso seguro de la medicación. Se está trabajando en los indicadores que van a evaluar la implantación del programa del paciente anciano polimedcado en el sector.
  - iii. Evaluación SENECA sobre estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud.

- iv. Monitorización indicadores establecidos ya en la comisión: mortalidad y cuadro de mandos de seguridad clínica.
- v. Evaluación de las reclamaciones sobre seguridad clínica como indicador
- b. *Plan de acción para gestión de riesgos*
  - i. Introducir en el contrato programa con los servicios el desarrollo de buenas prácticas específicas para cada unidad.

### 3. Funciones de soporte

- a. *Canales de comunicación*
  - i. Desarrollo e implantación de sistemas de notificación sucesos adversos.  
La comisión ha realizado un documento interno con la revisión de la información disponible sobre sistemas de notificación.  
El servicio de anestesia a través de un grupo de trabajo de su sociedad está participando en un sistema de notificación de incidentes anónimos en su servicio.
  - ii. Valoración de difusión sobre aspectos de seguridad del paciente a través de los medios de tv. Canal del Hospital: consentimiento informado, cuidados, seguridad del medicamento etc..

### Participación de Atención Primaria en la comisión de seguridad clínica del sector:

Desde atención primaria se ha realizado formación para profesionales sanitarios y no sanitarios en la higiene de manos. Se ha trabajado con los servicios de admisión sobre su papel en la seguridad del paciente de los centros de salud. Se está poniendo en marcha un plan de mejora del seguimiento de los pacientes ancianos polimedicados con el objetivo de reducir los eventos adversos relacionados a los medicamentos en este tipo de pacientes.

En el contrato programa del sector figura como un objetivo a alcanzar el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente que se traduce a nivel de los servicios hospitalarios en la realización de una sesión en el servicio sobre este tema. En atención primaria, y tal y como propone el APEAS y el Ministerio de Sanidad y Política Social, se plantea trabajar con el paciente anciano polimedicado.

### Conclusiones

La evolución de la Comisión de Mortalidad hacia una Comisión de Seguridad Clínica constituye una oportunidad de mejora en la cultura de la organización en línea con la estrategia de seguridad, clave en la política de calidad del SNS.

La Comisión de Seguridad Clínica va permitir desarrollar una gestión global del riesgo clínico a través de actividades a nivel de la organización, promoviendo el conocimiento y cultura de seguridad entre profesionales y pacientes en todos los niveles de atención sanitaria.

### Organización de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios del Área 4 de Atención Primaria de Madrid.

En 2006 la seguridad del paciente se convirtió en una prioridad para el Servicio Madrileño de la Salud y un objetivo en la política sanitaria como queda patente con la creación del **Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios (ORRS)** que como organismo centralizado serviría de instrumento de apoyo a la gestión de riesgos sanitarios derivados de la práctica asistencial. El ORRS se plantea como un Órgano consultivo y de asesoramiento en materia de riesgos sanitarios. Uno de sus objetivos es la creación de una estructura organizativa para la gestión de riesgos en toda la Comunidad de Madrid. Como resultado de esta línea de trabajo se constituyeron las **Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS)** en todas las Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada, SUMMA 112 y en el Centro Regional de Transfusiones.

**La UFGRS del Área 4 de Atención Primaria (AP)** se constituye en el segundo semestre de 2006. El Área 4 de AP de Madrid es un área urbana que presta asistencia a más de 610.000 personas a través de 21 centros de salud (CS).

La UFGRS actualmente está compuesta por: una subdirectora médica y otra de enfermería, una farmacéutica del Servicio de Farmacia, una persona experta en sistemas de información, un coordinador médico, una enfermera asistencial y la responsable de calidad y atención al usuario de la gerencia. Para la puesta en marcha de la UFGRS se realizaron actividades formativas para todos los miembros y se elaboraron herramientas y documentos de apoyo.

Tras los primeros meses de trabajo, en los que se desarrollaron principalmente estrategias de sensibilización y formación, la UFGRS definió **su misión** como *Implantar de forma efectiva la gestión de riesgos en la gerencia y los centros de salud del Área 4*, teniendo como **visión** *Ser considerados por el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios y por otras instituciones como centro excelente en seguridad para nuestros pacientes.*

Posteriormente se elaboró un **Plan de Seguridad 2007-2008** teniendo como base el

Plan del Observatorio y el modelo de calidad EFQM elegido por la Comunidad de Madrid y se definieron **los objetivos** de la Unidad: formar y sensibilizar a los profesionales, identificar y evaluar los incidentes y situaciones de riesgos de sus centros con el fin de establecer acciones correctoras de mejora en forma de recomendaciones y prácticas seguras, y con la suma de todas ellas elaborar un banco de buenas prácticas.

El documento incluye los 9 criterios de excelencia del modelo EFQM adaptados a la definición de gerencias y centros excelentes en seguridad del paciente. Cada criterio se divide en varios subcriterios (entre 4 y 6 por criterio) que especifican los aspectos relacionados con el criterio que deben tenerse en cuenta. Para cada uno de los criterios agentes se establecieron las actividades propuestas para desarrollar en 2007. Del mismo modo se propusieron los indicadores para medir los criterios resultados

El Plan de Seguridad del Área 4, para 2007-2008, incluyó 38 acciones propuestas, relacionadas con los criterios agentes (Criterios EFQM del 1 al 5) y 26 indicadores previstos para evaluar los criterios resultados (Criterios EFQM del 6 al 9).

En 2007 se implantaron el 82% de las acciones previstas (31 sobre 38), quedando pendientes para 2008 las 7 restantes. Para cada acción se recogieron las evidencias que apoyaban su implantación efectiva.

Para el año 2009, El Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS) elaboró junto a multitud de profesionales de distintos ámbitos. **La Estrategia de Seguridad 2009-2012**, que está compuesta por 4 líneas estratégicas:

1. Promoviendo y difundiendo la cultura de seguridad.
2. Conociendo nuestra realidad.
3. Mejorando la Organización.
4. Implantando y consolidando Prácticas Seguras.

Para éste periodo de tiempo, nuestra UFGRS se basó en ésta estrategia para elaborar el nuevo Plan de seguridad del Área 4, donde vienen recogidos muchos de los objetivos desplegados en la estrategia.

Éste nuevo Plan de seguridad, se ha visto reforzado en 2010, con el desarrollo del nuevo Contrato Programa de Centro (CPC), dónde están incluidos todos los objetivos pactados con los centros de salud del Área; dichos objetivos están estructurados igualmente según los criterios del EFQM. En el CPC, aparecen muchos objetivos de seguridad que históricamente impulsamos desde la UFGRS y ahora con la potenciación de la autonomía de los centros, deben de desarrollarlos ellos: objetivos de seguridad relacionados con la formación, identificación de situaciones de riesgo, notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación, análisis y puesta en marcha de acciones correctoras. En todos los CS existe un responsable de calidad/seguridad del paciente, que sirve de nexo con la UFGRS de la gerencia y ayuda a desarrollar la estrategia; y en algunos una comisión de calidad/seguridad.

Tras la implantación de los planes de seguridad y su evaluación, destacan las **acciones relacionadas con la formación e investigación, identificación y análisis de incidentes, la difusión de información relacionada con la seguridad del paciente y la implantación de prácticas seguras**.

Respecto a **la formación de los profesionales** se han desarrollado actividades formativas distintas: cursos y sesiones sobre "Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios" y talleres específicos sobre "Higiene de manos". Han participado en las mismas más de 500 asistentes, mayoritariamente médicos y enfermeras; para los cursos se ha priorizado la formación a los responsables de calidad/seguridad de los CS.

En 2009 impulsamos **un proyecto de investigación sobre Higiene de Manos (HM)** financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), para evaluar el efecto de un programa formativo para mejorar el cumplimiento de la HM en AP. Se trata de un ensayo clínico, en el hemos podido comprobar como a través de una formación multimodal como especifica la OMS, se puede aumentar de manera significativa la adherencia a la HM entre los profesionales sanitarios de AP.

Para **la identificación de casos, entendiendo por tal, tanto incidentes como efectos adversos**, se ha utilizado el registro de notificación de incidentes y el de errores de medicación que de manera anónima realizan los profesionales, y el análisis de las reclamaciones, fundamentalmente. Se han identificado un total de 366 casos, de los cuales el 39% ha sido notificado por los profesionales a través del registro específico de errores de medicación, un 28% en registro de incidentes, un 24% han sido identificados en las reclamaciones y un 9% por comunicación verbal. Después del análisis, se ha comprobado que el factor causal más importante está relacionado con los fármacos, hasta un 52%.

Se han **difundido entre todos los profesionales** sanitarios del área, para entregar a los usuarios, folletos editados desde el OORS con recomendaciones para mejorar la seguridad

en la atención sanitaria a la población infantil y adulta, recomendaciones para familiares de pacientes con dependencia o guías de recomendaciones al paciente. También se ha difundido todo el material relacionado con la HM, dirigido a los profesionales. Desde el Servicio de Farmacia se envían las alertas relacionadas con los medicamentos y desde la UFGRS las propuestas de **prácticas seguras (PS)**.

Se han elaborado 50 prácticas seguras desde la UFGRS; para su difusión e implantación: se diseñó una hoja específica con un logo identificativo para la UFGRS, donde consta de manera clara que es una "Practica Segura", el título, la justificación, las medidas adoptadas, y la fecha. La práctica se difunde por correo electrónico a todos los coordinadores médicos, responsables de enfermería y responsables de calidad/seguridad de los centros; además si tiene que ver con fármacos, al responsable del medicamento y si tiene relación con vacunas a sus responsables específicos.

Las PS, pueden ser concretas de un centro determinado que responde a un problema puntual identificado, pero la mayoría de las PS son generalizables a todos los CS del Área, incluso algunas, por su importancia y posibilidad de réplica, las extendemos a las demás Áreas de AP de Madrid.

La mayoría de las PS, tienen que ver con el uso seguro del medicamento, la organización y la mejora en la gestión de los procesos asistenciales.

